



Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ?

Rev Med Suisse 2012; 8: 1470-3

N. Jaunin-Stalder
C. Mazzocato

Dr Nicole Jaunin-Stalder
PMU, 1011 Lausanne
nicole.jaunin@hospvd.ch

Dr Claudia Mazzocato
Unité d'éthique
Service des soins palliatifs
CHUV/UNIL
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

Are men and woman towards pain equal?

An increasing number of articles are published on the differences about pain in men and women. These differences seem to be due to the sex, the biological dimension of the person, and to the gender, which is the role given to that person in a given social and culture environment. The pain prevalence is higher in women, its threshold and tolerance are lower. The pain interpretation, its perception and the coping is also different in men and women. Finally doctors translate and treat pain differently. This article proposes some explanations on these differences which should help us to treat this frequent and noxious symptom for the quality of life in a better way.

Un nombre croissant de travaux fait état de différences entre hommes et femmes face à la douleur. Ces différences seraient à la fois liées au sexe, la dimension biologique de l'individu, et au genre, à savoir le rôle qui lui est attribué dans un environnement social et culturel donné. La prévalence de la douleur est généralement plus élevée chez la femme, son seuil et sa tolérance à ce symptôme plus bas. L'interprétation du phénomène douloureux, son vécu et les stratégies d'adaptation pour y faire face diffèrent également entre hommes et femmes. Enfin, les médecins interprètent et traitent différemment la plainte douloureuse. Cet article propose quelques explications à ces différences, dont la prise en compte devrait permettre une meilleure prise en charge de ce symptôme si fréquent et si délétère pour la qualité de vie.

INTRODUCTION

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions tissulaires présentes ou potentielles, ou décrite comme relevant de telles lésions.¹ Elle est donc, par définition, subjective et modulée par des facteurs biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux, culturels et environnementaux (figure 1).

Selon des travaux expérimentaux et cliniques récents, les hommes et les femmes différencieraient quant à la perception de la douleur, son vécu et les comportements qui s'y associent.

Ces différences seraient liées au sexe d'une part et au genre d'autre part. Le sexe se définit comme ce qui différencie les hommes et les femmes selon leur biologie, c'est-à-dire aux niveaux génétique, hormonal et phénotypique. Le genre se rapporte aux rôles, comportements, activités et attributs sociaux qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes et pour les femmes.²

Bien que préliminaires, plusieurs travaux offrent au médecin de nouvelles pistes sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, différenciées selon le sexe et le genre. En effet, les spécificités biologiques, mais aussi la distinction des rôles et des comportements entre hommes et femmes, peuvent donner lieu à des inégalités susceptibles d'influer sur leur état de santé, leur accès aux soins et la qualité de ces derniers.^{2,3}

PRÉVALENCE DE LA DOULEUR

La prévalence de la douleur est similaire chez les garçons et les filles jusqu'à l'adolescence. Dès l'adolescence, celle-ci est plus élevée chez la femme que chez l'homme, notamment lorsqu'elle est d'origines musculaire, osseuse, viscérale ou en lien avec une maladie auto-immune (tableau 1, figure 2).⁴ Par contre, certaines douleurs sont plus fréquentes chez l'homme, par exemple celles provoquées par la goutte ou les céphalées en grappe (tableau 1).⁵

Parmi les hypothèses évoquées pour expliquer ces observations, les mécanismes générateurs de la douleur et les facteurs de risque seraient différents. Par

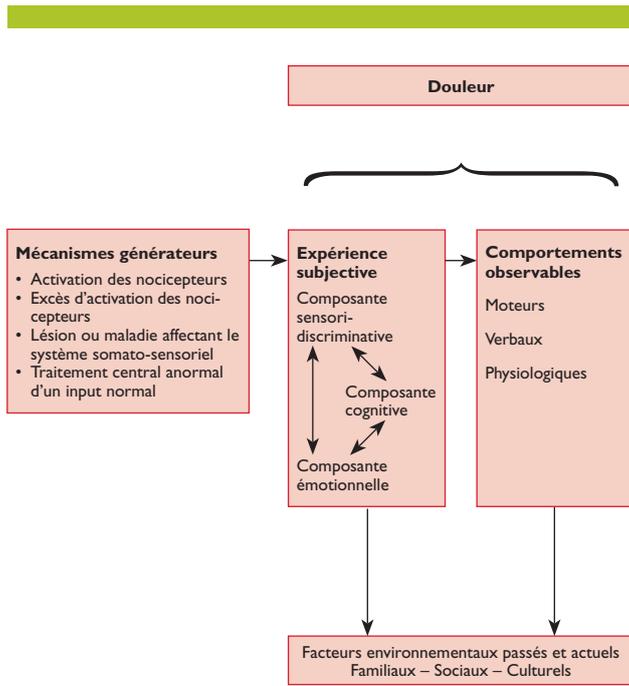


Figure 1. Modèle pluridimensionnel de la douleur

ailleurs, les composantes cognitives et affectives qui modulent la perception de la douleur seraient également en cause, du moins pour une part (figure 1). En effet, ces dernières sont influencées par les rôles attribués aux hommes et aux femmes dans une société et à une époque données, donc par le genre. D'autres déterminants, tels que l'âge, l'ethnicité, la culture, les comorbidités, les antécédents

Tableau 1. Prévalence de douleurs dans divers syndromes ou maladies selon le sexe⁵

Exemples	Femme > homme	Homme > femme
Tête	Migraine avec aura	Migraine sans aura
	Céphalées de tension	Céphalées en grappe
	Artérite temporale	
Face	Troubles temporo-mandibulaires	Névralgie postherpétique
	Névralgie du trijumeau	
Membres	Syndrome du canal carpien	Neuropathie du plexus brachial
	Maladie de Raynaud	Goutte
	Atrophie musculaire du péroné	
Viscères	Œsophagite	Ulcère duodénal
	Syndrome de l'intestin irritable	Pancréatite
	Douleurs postcho-lécystectomie	
Maladies auto-immunes	Lupus érythémateux	Syndrome de Reiter
	Arthrite rhumatoïde	

douloureux, l'interprétation donnée à la douleur, le handicap qui en découle, la réponse aux antalgiques, les stratégies d'adaptation et l'humeur participeraient également à ces différences.

Il est important de souligner que la prévalence de la douleur est plus élevée chez les personnes ayant subi ou subissant des violences physiques et psychologiques. Un

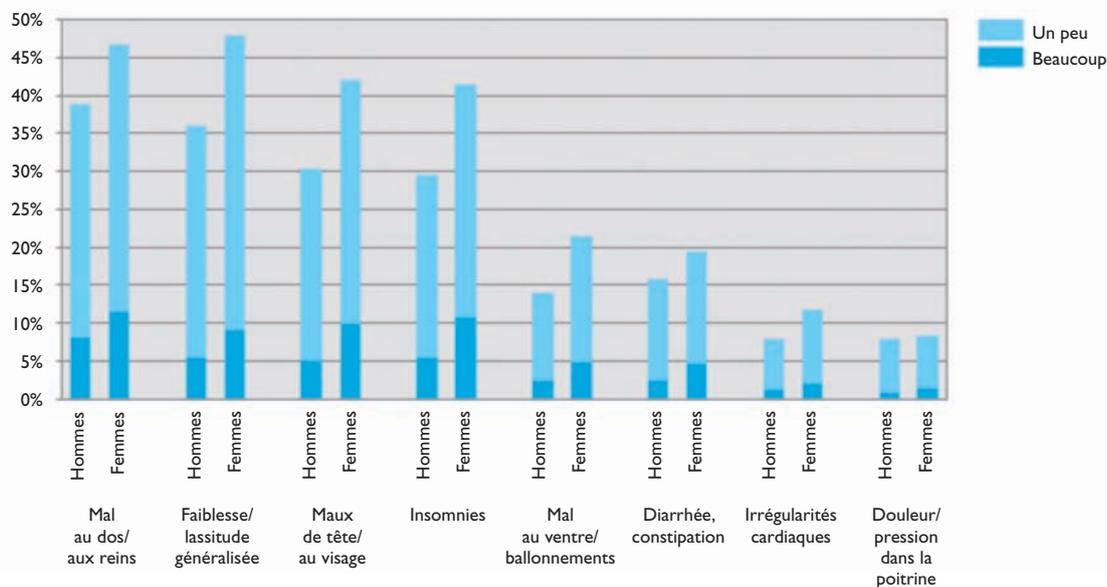


Figure 2. Troubles physiques autorapportés en Suisse⁴

Sur une période de quatre semaines, part de la population de quinze ans et plus vivant en ménage privé. Enquête suisse sur la santé 2007, OFS 2007.



tiers des patients douloureux chroniques seraient dans ce cas de figure. Il convient donc de rechercher systématiquement celles-ci à l'anamnèse. Une bonne manière de procéder est d'expliquer au patient que les personnes ayant connu des maltraitances au cours de leur vie souffrent d'avantage de douleurs et de lui demander si ce pourrait être son cas.⁶

PERCEPTION DE LA DOULEUR

La plupart des gens, soignants inclus, pensent que les femmes supportent mieux la douleur que les hommes. C'est pourtant l'inverse en ce qui concerne le seuil et la tolérance à la douleur. Le seuil à la douleur, lorsque celle-ci est provoquée expérimentalement par une pression ou un stimulus électrique, est plus bas chez la femme. La femme perçoit plus rapidement la douleur et sa tolérance est plus basse, notamment quand la douleur est d'origine abdominale, en lien avec l'appareil locomoteur, non expliquée ou lors de fibromyalgie.⁵ Elle rapporte également des douleurs plus sévères, une fréquence de pics douloureux plus élevée et des douleurs anatomiquement plus diffuses et plus persistantes.⁵

Les raisons précises de ces différences ne sont pas connues. Elles pourraient être à la fois de l'ordre du sexe et du genre. Sur le plan biologique, on sait que les hormones sexuelles, de par leur effet sur le système nerveux central, et le cycle menstruel, influencent la sensibilité à la douleur sans que le mécanisme exact soit explicité. Le seuil à la douleur est plus bas lors des menstruations. Les femmes, dans une phase du cycle caractérisée par un taux bas de progestérone et élevé d'œstrogènes, ont un seuil à la douleur comparable aux hommes. Le seuil à la douleur est par contre abaissé lors d'une phase avec un taux réduit d'œstrogènes. Ce taux réduit d'œstrogènes serait responsable d'une réduction de l'activation des récepteurs opioïdes endogènes au niveau des zones cérébrales impliquées dans l'analgésie.⁵ Sur le plan du genre, les normes masculines encourageraient une augmentation du seuil à la douleur, alors que les normes féminines favoriseraient l'acceptation et l'expression de ce symptôme.

EXPRESSION DE LA DOULEUR ET IMPACT SUR LE VÉCU

Les stratégies d'adaptation mises en place face à la douleur ne sont pas non plus les mêmes chez les femmes et les hommes. Les femmes semblent plus enclines à exprimer leur douleur et considèrent celle-ci davantage comme le symptôme d'une maladie qu'un inconfort à supprimer. Elles vont plus facilement demander de l'aide et consulter un médecin. Elles présentent davantage de réactions de catastrophisme, interprétant la situation douloureuse pire qu'elle ne l'est en réalité, et ont un comportement douloureux plus démonstratif, ce qui peut expliquer qu'elles se sentent généralement en moins bonne santé. L'homme aura tendance à minimiser sa douleur. Il consommera davantage d'alcool et diverses drogues, afin d'apaiser et de cacher celle-ci. Enfin, il est intéressant de noter que dans des conditions expérimentales, l'expression de la douleur chez ce dernier varie selon le sexe de l'expérimentateur. Il ex-

primera moins sa douleur face à une femme.⁶⁻⁸

L'anxiété et la dépression sont fréquemment associées à la douleur chronique. Bien que les femmes, dans la population générale, rapportent un niveau d'anxiété plus élevé que les hommes, lors de douleurs chroniques les hommes seraient plus anxieux. Les réactions de catastrophisme chez ces derniers auraient également plus d'impacts négatifs sur leur humeur. Les femmes par contre souffriraient davantage de dépression.⁷

Finalement, l'épouse ou la compagne d'un homme douloureux chronique tend à s'impliquer dans la problématique de ce dernier et renoncera à sa vie sociale pour s'occuper de lui, alors que le partenaire d'une femme souffrant de douleurs chroniques continuera à mener sa vie normalement.⁸

TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Les médecins semblent prescrire plus d'antalgiques aux hommes et de tranquillisants aux femmes. Cela s'expliquerait, entre autres, par les différences d'expression de la douleur. L'homme considère la douleur comme un symptôme, dont il attend la suppression rapide. La femme inscrit davantage la douleur dans son contexte psychosocial, tel que des soucis familiaux par exemple, et verbalise plus facilement des émotions et des sentiments. Ses plaintes peuvent donc être mal interprétées, avec pour conséquences des retards diagnostiques et des choix thérapeutiques inappropriés.

Des premières études cliniques ont suggéré une différence de réponse, selon le sexe, aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux opioïdes agonistes forts, mais ces résultats n'ont pas été confirmés par les travaux ultérieurs, qu'ils soient cliniques ou expérimentaux.⁷

CONCLUSION

La prévalence, le seuil, l'expression, l'impact et le traitement de la douleur diffèrent entre hommes et femmes. Ces spécificités peuvent s'expliquer par des différences liées à la fois au sexe et au genre. En termes de recherche, une plus grande prise en compte des effets genre d'une part et une meilleure différenciation méthodologique entre ceux-ci, et les effets sexe d'autre part, devraient nous permettre de progresser dans la compréhension du phénomène de la douleur. Sur le plan clinique, ces travaux, même préliminaires, nous donnent de précieuses informations sur les similarités et différences du vécu douloureux entre hommes et femmes. Ils soulignent l'importance d'une prise en charge de la douleur qui intègre les dimensions psychosociales de la personne douloureuse chronique, sans omettre la recherche d'une potentielle maltraitance, permettant ainsi une approche thérapeutique pharmacologique et non pharmacologique différenciée selon le genre. ■



Bibliographie

- 1 Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. In: Merskey H, Bogduk N, editors. Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. IASP task force on taxonomy. Seattle: IASP Press, 1994; 209-14.
- 2 WHO 2011. Disponible sur: www.who.int/topics/gender/fr/index.html. Accès le 21 février 2012.
- 3 ** Disponible sur: www.genderandhealth.ca. Accès le 21 février 2012.
- 4 Enquête suisse sur la santé, OFS 2007. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=3339. Accès le 21 février 2012.
- 5 * Hurley RV, Adams MCB. Sex, gender, and pain: An overview of a complex field. *Anesth Analg* 2008; 107:309-17.
- 6 Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain* 2007;132(Suppl. 1):S26-45.
- 7 Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, et al. Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009;10:447-85.
- 8 Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996;65:123-67.

* à lire

** à lire absolument